CONFIDENCIAL POR LAS ENMIENDAS DE
1998 A LA LEY DE REHABILITACION DE 1973

CONFIDENTIAL PER 1998 AMENDMENTS
TO THE REHABILITATION ACT OF 1973

COMISION DE SERVICIOS DE REHABILITACION
CUESTIONARIO SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

State Form 51479 (R/4-05)/VRS 0007AS

INSTRUCCIONES Y OPCIONES

Vocational Rehabilitation (VR) (Rehabilitación Vocacional) le gustaría mejorar los servicios. Usted nos puede ayudar haciéndonos saber cómo lo estamos haciendo. Por favor tome unos minutos para contestar las preguntas de la página siguiente.

Si tiene alguna duda y desea hablar con alguien acerca de sus servicios o trabajo, por favor marque el cuadrado o llame al número de teléfono gratuito preguntando por la persona con la que le gustaría hablar, como se indica al final de la página siguiente. Si usted tiene comentarios que hacer sobre nuestros servicios o sobre cómo se podrían mejorar, por favor escriba sus comentarios en la parte de atrás de la siguiente página.

Tiene dos opciones:

Primera Opción: Responder el cuestionario en la oficina de VR. Meter el cuestionario en un sobre que ya tenga la dirección y estampillas. Entregarlo a la recepcionista o secretaria y ellos lo enviarían por correo.

Segunda Opción: Llévese el cuestionario para contestarlo en su casa. Use el sobre que ya tiene escrita la dirección y tiene estampillas para enviarlo por correo.

Por favor siéntase libre para hacer preguntas acerca del cuestionario cuando este en la oficina de VR. Muchas Gracias por su cooperación.

COMISION DE SERVICIOS DE REHABILITACION

CUESTIONARIO SOBRE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Encierre en un circulo la respuesta del lado derecho, que MEJOR corresponda a cada una de las siguientes preguntas. Si necesita ayuda en llenar este cuestionario no dude en pedir ayuda..

ID del Cliente: _____

	☺				☹
1. Fue fácil para mi visitar la oficina de mi consejero.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
2. Me gusta el trabajo que tengo ahora.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
3. Donde trabajo me ofrecen prestaciones adicionales.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
4. Estoy satisfecho con mis prestaciones adicionales.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
5. Obtuve el tipo de trabajo que quería.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
6. Recibí los servicios que necesitaba para mantener el trabajo que tengo ahora.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
7. Escogí el tipo de trabajo que yo quería.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
8. Me fue posible escoger la clase de ayuda que obtuve.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
9. Pude escoger a las personas que me ayudaran.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
10. Me gustó la forma en que mi consejero me trató.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
11. Me gustó la forma en que el personal de *Vocational Rehabilitation* me trató.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
12. Me gustó la forma que me trataron las personas que ayudan a ofrecer servicios.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
13. Pude hablar con mi consejero cuando yo quería.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
14. Recibí servicios de *Vocational Rehabilitation* de manera rápida.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**
15. Mandaré a mis amigos a *Vocational Rehabilitation* cuando necesiten servicios.	**MUY BIEN**	**BIEN**	**OK**	**MAL**	**MUY MAL**

Si usted quiere hablar con alguien sobre sus servicios o trabajo, marque en cuadrado o llame al número de teléfono gratuito preguntando por la persona con la que quisiera hablar. Si este no es el caso deje los cuadros vacíos.

[ ] Quiero hablar con el Supervisor de Area. _____

[ ] Quiero hablar con el Administrador Regional. _____

Si tiene comentarios sobre los servicios o sobre cómo podrían mejorarse, escriba sus comentarios en la parte de atrás de esta página.

COMENTARIOS